

EL CINE COMO HERRAMIENTA DE INTERVENCIÓN  
COMUNITARIA:  
UN ESTUDIO APLICADO A LAS NECESIDADES  
SOCIOSANITARIAS ACTUALES DEL BARRIO DE  
RAFALAFENA

AUTOR: MIGUEL MOYA GUEROLA

TUTOR: GONZALO PAREJA CORBI



## **TRABAJO DE FIN DE GRADO (TFG)- MEDICINA**

**EL PROFESOR TUTOR** hace constar su **AUTORIZACIÓN** para la Defensa Pública del Trabajo de Fin de Grado y **CERTIFICA** que el estudiante lo ha desarrollado a lo largo de 6 créditos ECTS (150 horas)

**TÍTULO del TFG:** EL CINE COMO HERRAMIENTA DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA: UN ESTUDIO APLICADO A LAS NECESIDADES SOCIO SANITARIAS ACTUALES DEL BARRIO DE RAFALAFENA

**ALUMNO:** MIGUEL MOYA GUEROLA

**DNI:**73225345 S

**PROFESOR TUTOR:** GONZALO PAREJA CORBI

**GONZALO  
PAREJA  
CORBI**

Firmado digitalmente por  
GONZALO|PAREJA|CORBI  
Nombre de reconocimiento (DN):  
cn=GONZALO|PAREJA|CORBI,  
serialNumber=20462109K,  
givenName=GONZALO,  
sn=PAREJA CORBI,  
ou=CIUDADANOS, o=ACCV, c=ES  
Fecha: 2019.05.06 18:04:07 +02'00'

Fdo (Tutor/a): Gonzalo Pareja Corbí

**COTUTOR/A INTERNO/A (Sólo en casos en que el/la Tutor/a no sea profesor/a de la Titulación de Medicina):**

Fdo (CoTutor/a interno):

## Índice

1. Resumen	1
2. Abstract	1
3. Extended Summary	2
4. Introducción / Antecedentes	4
5. Justificación e hipótesis: el cine como elemento de intervención comunitaria	7
6. Objetivos	11
7. Material y Métodos	12
7.1. Primera etapa: trabajo de campo	12
7.1.1. Entrevista	12
7.1.2. Muestreo y sujetos	14
7.1.3. Temporalidad	14
7.1.4. Análisis de los resultados	15
7.2. Segunda etapa: diseño de la intervención	15
7.2.1. Lugar de la intervención	17
7.2.2. Desarrollo de la intervención	17
7.2.3. Ley de Derechos de Autor	18
7.2.4. Evaluación de la Intervención	18
8. Resultados	20
8.1. Cuadro de codificación y categorización de las entrevistas a los agentes de salud	20
8.2. Descripción de los Resultados	22
9. Limitaciones	27
10. Recomendaciones	27
11. Discusión	27
12. Conclusiones	29
13. Agradecimientos	30
14. Bibliografía	31
15. Anexos	35

## 1. Resumen

Este Trabajo de Final de Grado (TFG) nace con la idea de aportar a la intervención comunitaria una nueva herramienta para aumentar el estado de salud de las poblaciones, el cine.

Este elemento a lo largo de la historia ha sufrido un proceso evolutivo en cuanto a sus objetivos. De un inicio como medio documental, únicamente encargado de reproducir la realidad, pasó a ser considerado una disciplina artística más. Posteriormente trascendió a la esfera educativa, siendo a día de hoy un recurso didáctico común en cualquier centro de enseñanza. Este TFG propone su introducción en el terreno de la intervención comunitaria, ya que se considera que sus cualidades de universalidad y capacidad de influencia en el espectador le otorgan una gran utilidad en este ámbito.

Es por ello que, en primer lugar, se justifica la hipótesis planteada realizando un repaso a la historia y bibliografía referente al cine utilizado como medio didáctico, para extrapolar estas virtudes al campo de la intervención comunitaria en el ámbito de la salud.

En segundo lugar, se diseña un plan de intervención comunitaria dirigido a aumentar el estado de salud del barrio de Rafalafena basado en el cine. El plan está diseñado de modo que su aplicación, además, sirve como experimento para comprobar la utilidad e impacto de esta herramienta.

**Palabras clave:** Intervención comunitaria, promoción de la salud, cine, películas, investigación cualitativa, adicción, nuevas tecnologías.

## 2. Abstract

This Final Degree Project (FDP) was born with the idea of providing to the community intervention a new tool to improve the health state of the population, the cinema.

Cinema is an element that throughout history has suffered an evolutive process relatively to its objectives. Its evolution ranges from an initial phase as a means to display reality to a new phase as a new artistic element. Later, cinema transcended to the educative sphere, being nowadays one of the most used didactic resources. We propose that cinema can cause a positive effect in a population's health state, also we consider that it has the adequate qualities for working as a useful element for community intervention, those qualities are universality and the ability to make an impact on people.

In first place the hypothesis that we raise has been justified by a review of the historical background and bibliography of the cinema, which has been used from a didactic approach in order to extrapolate these skills to the community intervention field.

Secondly, the development of a community intervention plan targeted to enhance Rafalafena's neighbourhood health status. The plan has been designed in such a way that its implementation yields a test of the utility and impact of this tool.

**Keywords:** community intervention, health promotion, cinema, films, qualitative research, addiction, new technologies.

### 3. Extended Summary

**Background:** After the Second World War, the different potencies of the world were concerned about the necessity of having a holistic view and plan for the world. With this aim they founded the United Nations. Understanding the health as a global responsibility they also created the World Health Organization (WHO), who defines health as “a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity”, which is still used nowadays. At the Alma-Ata Declaration in 1978 they highlighted the huge differences between the health status of different countries and claimed that primary attention was the best way to change it. In order to achieve this, they ran the first Internal Conference on Health Promotion in Ottawa (1986), which culminated with the signature of “The Ottawa Charter for Health Promotion”. The defined the health promotion “the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health”, also it built the three pillars in which health promotion is based: good health government, health education and reaching health cities. Those three elements have been guiding all the health promotion plans all over the world since then. Also, the European Union has followed them until nowadays as we can see in the “DG Health Food Safety Strategic Plan 2016 -2020”. Spanish and Valencia local government has also followed those three pillars in the way they have planned the health system of the country.

In the other hand we thought that cinema could be a great tool for community intervention because of them skills as universality and the ability of making an impact on people. Cinema has reached the point of being one of the most didactic resources nowadays, because of its skills as the direct language, the low cost of using it with this aim, and those we had said before. So, we propose that using it from a health perspective could be useful for changing behaviours that are harmful for health. Also, it will help educating population in health values which will increase the control over them health.

**Objective:** the main objective of this FDP is to enhance the health status of the young people who live in Rafalafena's neighbourhood. The specific objectives are, first of all, analyse the actual health status of the neighbourhood and find out which are the main problem that concern its

population. Secondly design a community intervention plan cinema based. And to demonstrate the utility of the cinema as a useful community intervention tool.

**Methods:** we divided our methods in two different stages.

For making the analysis of the health status of young people from Rafalafena's neighbourhood, we have used qualitative methodology. We have interviewed the health main representants of the neighbourhood, understanding them as representants from some population group, until we have reached the theory saturation limit of information. Then we have made the analyses of the results from an inductive perspective applying the "Grounded theory" in which we have started the codification of the interviews without prebuilt idea of the results letting the own ideas present on the interviews construct the different categorization of the data. Then we made a writing for helping with the understanding of the results.

The second stage is the design of the community intervention. First of all, we extracted from the previous phase that the main problem in young people of Rafalafena's Neighbourhood was the irresponsible use of new technologies. Then we designed a template for the technical data from the films we used and then proceed to find filmography that could be used for our intervention.

For analysing the result, we are going to give two different tests, one for evaluating the success of the session and the previous work (promotion and organization) and other one to evaluate the impact of the intervention. For this one we suggest making a study of unique control in which each subject is them own control, and then giving them "The internet addiction test from Kimberly Young" in two different times. T0 before the intervention and T1 after one month from last season of each cycle. We also added some questions about demographic a socioeconomic variables for searching how those variables influence in the subjects, and for allowing us to apply a multiple regression which allows us to find the effect of our intervention.

**Results:** we found that Rafalafena's neighbourhood population don't have huge socioeconomic differences between them members. The firs problem that concerned our interviewers was the irresponsible use of new technologies, and that's why we are going to make our intervention improve and prevent this situation. Other problems that were concerning the interviewers were: the increasing of energetic drinks consumption, the increasing of betting houses and the use of young people of them, toxics consumption (alcohol and cannabis) and some situational problems as scholar failure and general apathy.

**Conclusions:** all the results from the interviews were coherent with the official data gave by the "Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienesta Social" in the document called "Estrategia Nacional sobre adicciones 2017-2024". Also, our intervention is created following the guidelines of the "Plan de acción sobre adicciones 2018-2020". So, we think this will be a useful project for society.

Also, methodologically it will allow us to find if cinema could be used as a community intervention tool.

#### 4. Introducción / Antecedentes

Las dos Guerras mundiales acontecidas en la primera mitad del siglo XX pusieron de manifiesto la necesidad de un enfoque holístico para el desarrollo del planeta. El individualismo geográfico había terminado y el mundo necesitaba estructuras de organización globales. Tras el fracaso de la Sociedad de Naciones (fundada en 1919), en parte propiciado por la ausencia de las grandes potencias entre sus miembros, se constituye en 1945 la Organización de las Naciones Unidas. Ésta nace con unos objetivos principales manifiestos: el mantenimiento de la paz<sup>1</sup>, el impulso de relaciones basadas en la igualdad de derechos entre las naciones y el fomento de la cooperación internacional en la solución de problemas internacionales de carácter económico, social, cultural o humanitario.

Se extrae de estos principios el entendimiento de la salud como un elemento igualmente global, por lo que, en 1948, se crea la Organización Mundial de la Salud, en cuya constitución se define el concepto de “salud”, definición que continua hoy vigente. Ésta se entiende como “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”<sup>2</sup>. Así mismo, en ese mismo año y con su artículo 25, la Declaración de los Derechos Humanos cambia el enfoque de la salud mundial pasando de ser un objetivo que alcanzar a considerarla un derecho fundamental<sup>3</sup>, por lo que, era necesario un cambio del modelo centralista, especializado y paternalista predominante.

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma Ata, 1978, sentó las bases del cambio de paradigma hacia una concepción sanitaria del Estado basada en la atención primaria, e incidía en la notable desigualdad existente en cuanto a calidad de la salud entre los países desarrollados y subdesarrollados<sup>4</sup>, estableciendo este problema como una preocupación comunitaria a nivel mundial y como una responsabilidad gubernamental. Su filosofía queda recogida en el proyecto “Salud para todos en el año 2000”, un ambicioso proyecto que pretendía garantizar el acceso a la salud reiterando el concepto de salud establecido por la OMS, para todo ser humano antes de dicha fecha.

Dirigido a cumplir este proyecto, la OMS organiza en 1986 la “Primera conferencia Internacional para la Promoción de la Salud en Ottawa (Canadá), que culmina con la firma de la “Carta de Ottawa”, en la que se define la promoción de la salud como el “proceso que consiste en proporcionar a los pueblos los medios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”<sup>5</sup>. Así mismo entiende la salud como un elemento de dependencia multifactorial (paz,

educación, vivienda, alimentación, renta, ecosistema estable, justicia social y equidad), por lo que la responsabilidad en cuanto a promoción de la salud trasciende al sector sanitario. Ésta “requiere la acción coordinada de todos los implicados: gobierno, sector sanitario y otros sectores sociales y económicos, organizaciones benéficas, autoridades locales, industria y medios de comunicación”. La equidad sanitaria pasa a ser una responsabilidad global<sup>5</sup>.

Además, este documento estableció los tres pilares en los que se basa la promoción de la salud para la consecución de sus objetivos. Dichos pilares han evolucionado desde entonces, pero se han mantenido vigentes hasta el día de hoy, y continúan siendo las líneas de trabajo mundial en relación a la promoción de la salud. Estos pilares son, en primer lugar, la buena gobernanza sanitaria, esto es, que los distintos gobiernos deben tener en cuenta a la hora de tomar cualquier decisión el modo en que ello repercutirá para la salud de la población. En segundo lugar, la educación sanitaria; las personas deben adquirir conocimientos aptitudes e información que les permita elegir opciones saludables. Y, por último, la consecución de ciudades saludables; el compromiso en el ámbito municipal es imprescindible para una planificación urbana saludable y para poner en práctica medidas preventivas en las comunidades<sup>6</sup>.

En 1996, con la “Declaración de Yakarta”, se comienzan a contemplar las repercusiones económicas que tiene la promoción de la salud. Se pone de manifiesto el éxito que supone la inversión en promoción de la salud respecto al aumento del desarrollo poblacional y a la reducción de la inequidad en salud. Por tanto, se plantean nuevas estrategias para afrontar el siglo XXI. Éstas hacen especial énfasis en los retos que suponen las nuevas tendencias demográficas, el aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas, los crecientes hábitos de vida sedentaria, la propagación del abuso de drogas y el aumento de la violencia civil y doméstica. Pero también reconocen la globalización, el acceso a los medios de información y la tecnología de la comunicación como elementos profundamente influyentes en la salud, y se elucubra sobre su gran potencial tanto positivo como negativo para la salud<sup>7</sup>.

En 2005, con la “Carta de Bangkok”, una vez asumida la globalización como fenómeno real, se establece la necesidad de colaboración entre países y potencias, así como, la necesidad de implicación del sector privado y otras organizaciones para que pueda avanzarse en materia de equidad sanitaria<sup>8</sup>. Posteriormente, con la “Declaración de Adelaida” en el año 2010 se establece el llamado enfoque de “Salud en Todas las Políticas”<sup>8</sup>.

En 2016, y con el objetivo de cumplir la “Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible” de las Naciones Unidas, la OMS publica la “Declaración de Shanghái sobre la promoción de la salud”. Un proyecto que se reitera en que el pilar básico para alcanzar la equidad en salud es que la toma de decisiones políticas esté concienciada y sea responsable con la salud global y la justicia social, que esta responsabilidad se debe aplicar a dos niveles, la política mundial y el entorno local; y



que los conocimientos sanitarios empoderan a la población y fomentan la equidad. Actualmente este es el rumbo mundial en materia de promoción de la salud<sup>9 10</sup>.

De igual modo ésta es la vía que ha tomado la Unión Europea desde su conformación. En el Artículo 168 de su “Versión consolidada del tratado de funcionamiento de la Unión Europea”, aquel dedicado a la salud pública, establece que la información y la educación sanitarias son fundamentales para garantizar la salud de sus estados miembros, así como la cooperación y coordinación de las políticas de los estados formantes<sup>11</sup>. Y actualmente sigue defendiendo este planteamiento, tal como se recoge en el “DG Health Food Safety Strategic Plan 2016 – 2020” de la Comisión Europea<sup>12</sup> y en el “Informe sobre las desigualdades en materia de salud de la Unión Europea” de 2013<sup>13</sup>.

Pese a que, en un inicio, la UNESCO, contempló el desarrollo comunitario como un proceso orientado hacia la mejora del tercer mundo, pronto, los países desarrollados se dieron cuenta que dentro de sus propias fronteras tenían zonas deprimidas en las que la aplicación de esta metodología también era de utilidad<sup>14</sup>.

Actualmente, España, en su “Estrategia de promoción de la salud y prevención en el Sistema Nacional de Salud”, fechada en 2013, establece como sus objetivos la “potenciación de la salud pública, coordinación y gobernanza territorial, equidad en salud, reorientación de los servicios de salud, intersectorialidad en salud, empoderamiento en salud, entorno saludables y seguros, así como participación y acción comunitaria”<sup>15</sup>. Dicho proceso se encuentra enmarcado en la “Agenda de Desarrollo Sostenible 2030” antes mencionada, por lo que observamos que a todos los niveles organizativos territoriales el planteamiento de desarrollo en cuanto a promoción de la salud sigue la misma línea de trabajo.

El Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social afirma que existe una auténtica necesidad de poner en marcha intervenciones comunitarias que puedan reducir las desigualdades en salud durante el período prenatal, la infancia y la adolescencia, siendo esta la única forma de alcanzar una nueva generación de adultos con oportunidades de salud equitativas<sup>16 17</sup>.

A un nivel más local, la Generalitat Valenciana, tal como apunta en su documento “IV Plan de Salud 2016 – 2020 Comunitat Valenciana” sigue una línea en consonancia con las principales tendencias a nivel internacional, anteriormente explicadas. Se adscribe a la Declaración de Adelaida, y sus cinco grandes líneas de estrategias son: la innovación, y reorientación del sistema sanitario, su orientación hacia la cronicidad, la necesidad de reducir las desigualdades en salud y el cuidado de la salud en todas las etapas y en todos los entornos de la vida<sup>18 19</sup>.

Nuestro TFG se basa en el diseño de un plan de intervención comunitaria para una zona determinada de la ciudad de Castellón. Y entendemos la intervención comunitaria como el

proceso germen del desarrollo comunitario, en el cual es un agente externo el que interviene en la comunidad con el objetivo de aumentar su bienestar social, facilitando así el empoderamiento de los propios miembros de la comunidad. Este aumento se refleja en un aumento de la salud de dicha comunidad.

Es por ello que este trabajo, por medio de la intervención comunitaria, lo que pretende es aumentar el estado de salud del barrio de Rafalafena, en Castellón de la Plana, mediante el aumento de la participación de los individuos en su propia comunidad, y por medio de la adquisición de conocimientos que les permitan un mayor control sobre las decisiones y las acciones que afecten a su salud.

Consideramos el aumento de salud en los jóvenes como el único camino para obtener una generación con mayor nivel de salud. Pretendemos innovar aplicando el cine a la intervención comunitaria. Tomamos en cuenta la universalidad de este medio y su bajo coste como elementos fundamentales para que pueda ser aplicado y reproducido en cualquier comunidad.

Todas estas razones encajan perfectamente en la hoja de ruta que ha tomado la salud pública mundial en todos sus niveles organizativos, por ello consideramos justificada y apropiada la realización de este TFG.

## 5. Justificación e hipótesis: el cine como elemento de intervención comunitaria

El cine nace en 1895 con la proyección por parte de los hermanos Lumière de diversos cortos, por primera vez en la historia se reproducían imágenes en movimiento<sup>20</sup>. Este primer cine se limitaba a la reproducción de la realidad.

En la década de 1910, D. W. Griffith inventa el lenguaje cinematográfico, el cine adopta paulatinamente la voluntad de transmitir ideas, conocimiento y valores. El cine documental y el de ficción se escinden<sup>21, 22</sup>. Adquiere valor la idea a nivel conceptual y el cómo se transmite.

Rápidamente demostró una gran capacidad de conexión con el público, el cine comenzó a generar abundantes expectativas económicas, lo cual se tradujo en un aumento de la inversión en este producto. El público cada vez exigía mayor calidad y esto propició el avance tecnológico consecuencia del aumento de la inversión. Cada vez, los directores contaban con mejores medios para filmar sus películas, y, por tanto, mayor capacidad para plasmar las ideas que pretendían hacer llegar al público<sup>21</sup>.

El cine se fue desarrollando progresivamente a nivel global, pero esta evolución no fue homogénea en todo el mundo. Cada país aportó nuevos lenguajes, nuevas formas de entender la

producción, en definitiva, nuevas historias y nuevas formas de contarlas influidas por su cultura. Cada territorio constituyó una identidad cinematográfica propia<sup>21</sup>.

La cultura individual de los distintos directores y productores quedaba plasmada en sus obras, los films adquirirían profundidad e identidad y progresivamente adoptaban el papel de transmisión de valores. Y tal como defendía Fichter en 1982 “los valores sociales que llevan consigo la máxima obligatoriedad moral y ética, suelen ser el núcleo de la ética personal del individuo”<sup>23</sup>. Por lo tanto, el cine poco a poco había adquirido la capacidad de influir en las decisiones de las personas y en su esquema de valores.

Juan Carlos Flores Auñón en su libro “El cine, otro medio didáctico” defiende que el cine “es un medio de comunicación (...) que hace una llamada directa a las amplias masas, un instrumento ideal para llegar a la gente sin una gran preparación cultural, que comprende con facilidad el lenguaje de la imagen en movimiento”<sup>24</sup>. Efectivamente, el cine tiene un carácter universal y democrático, capaz de trascender a todos los estratos sociales.

La unión de estos valores, universalidad y capacidad de influencia en la ética de los individuos permite el objetivo que en muchas ocasiones han tenido los gobiernos de distintas potencias, el control poblacional o la influencia en las ideas de los individuos. La propaganda, ha sido la herramienta que han utilizado, esto es el “fin de propagar doctrinas u opiniones”<sup>25</sup>. Ejemplos de ello en la historia son el film “El Acorazado Potemkin” de S. M. Eisenstein, que tiene un mensaje de legitimación ideológica de la Revolución Rusa<sup>24</sup>, o “Ninotchka” de E. Lubitsch que producida en EE. UU. tiene la intención de criticar el modelo comunista utilizando la sátira.

Y como contrapunto a lo inmediatamente explicado, pero que de igual modo legitima el hecho de que el cine es un elemento con una gran influencia sobre el espectador, surge la “censura”, consecuencia de la concienciación de los gobiernos sobre este poder<sup>24</sup>.

Esto apoya la afirmación de que “Es por ello el cine una manera eficaz de lograr una transformación paulatina en la forma de pensar y actuar del individuo”<sup>24</sup>.

Pero afortunadamente este poder tiene otras aplicaciones, “El valor pedagógico del cine y su necesidad de incorporarlo a la enseñanza”<sup>26</sup>, unido al hecho de que resulte especialmente atractivo para la juventud, nos ofrece la posibilidad de utilizar las películas como instrumentos de gran potencial para educar en valores porque, el cine, es uno de los elementos más influyentes de nuestra cultura actual. “Ofrece modelos, cambia actitudes, enseña estilos de vida...”<sup>23</sup>. Y son estos tres elementos en los que nos apoyamos para defender nuestra hipótesis, si el cine es capaz de todo eso y ha sido ampliamente estudiado y aplicado de este modo ¿No existe la posibilidad de aplicarlo también al ámbito de la salud?

Entendemos que el individuo encargado de la salud de la población, el médico, poseyendo una buena base filmográfica y visión crítica ¿No sería capaz de producir cambios observables en la salud de los individuos de su zona por medio de ciclos o recomendaciones de cine sobre temas que interesen o afecten al paciente? En definitiva, defendemos que el cine es una herramienta más al servicio de sistema sanitario capaz de aumentar el estado de salud de una población.

Pero ¿Cómo podemos evaluar si se produce un aumento de salud de una determinada zona de salud?

En los “Indicadores de salud 2017” del Ministerio de Sanidad y servicios sociales e igualdad del Gobierno de España, se define el “indicador de salud” como aquella “característica relacionada con la salud de un individuo o de una población. (...) los indicadores de salud de la población son utilizados para poner de manifiesto la magnitud de un problema de salud, para reflejar el cambio en el nivel de salud de una población a lo largo del tiempo, para mostrar diferencias en la salud entre diferentes poblaciones y para evaluar hasta qué punto los objetivos de determinados programas han sido alcanzados”<sup>27</sup>. Creemos que el cine tiene mayor poder de cambio en aquellos ámbitos más sujetos al esquema de valores y a la educación del individuo, aquellos que el propio documento denomina “Hábitos y estilo de vida relacionados con la salud”, siendo estos: “Consumo de tabaco”, “Consumo de alcohol”, “Consumo de otras drogas”, “actividad física”, “obesidad” y “Consumo de fruta y verdura”<sup>27</sup>. “El cine, aparte de entretener, también aporta modelos de comportamiento que el espectador consume con ansia en un intento de encontrar algo a lo que parecerse, algo que le ayude a tomar una decisión sobre su propia conducta”<sup>28</sup>. Es decir, una de las vías que tiene el cine es mostrar modelos positivos de conducta que puedan orientar al espectador/paciente sobre sus decisiones de salud.

Así mismo “nos enseña a aprender no sólo de nuestras propias experiencias compartidas con los personajes de la pantalla, sino de otras muchas experiencias que posiblemente nunca tendremos el tiempo, ni en muchos casos el deseo, de experimentar. Y se convierte así en una herramienta válida que nos ayuda en nuestra formación personal y nos enseña a vivir”<sup>29</sup>. Así el cine es una herramienta especialmente válida cuando está “orientada a la reflexión personal (...) la educación humanista, (...) esa formación en valores personales”<sup>23</sup>. Fruto de esta reflexión puede surgir la voluntad de cambio en cuanto a cuestiones relativas a la salud se refiere.

Consideramos que estas dos vías permitirían al cine un aumento de estos indicadores de hábitos saludables que antes hemos nombrado. Por ello queremos reivindicar el cine como herramienta de intervención comunitaria, útil para tratar los problemas concretos de una población determinada.

Y ¿Por qué el cine?

En primer lugar, porque la capacidad comunicativa expresiva e informativa del cine es mucho más ágil que el lenguaje directo<sup>23</sup>. “La imagen está cargada de significado, un significado instantáneo, basta observar una imagen, captamos su significado sin esfuerzo alguno”<sup>23</sup>. La transmisión del mensaje es más rápida y directa incluso que la palabra.

Por su universalidad y accesibilidad, “hoy podemos acceder al cine de una forma relativamente fácil. Las películas podemos encontrarlas en formatos que permiten verlas en los hogares”<sup>23</sup>. Y en cualquier parte, gracias a internet. Esto además se apoya en su bajo coste económico de consumo.

Estos dos argumentos anteriores hacen del cine una herramienta especialmente útil en el ámbito de la intervención comunitaria, ya que pretendemos lanzar un mensaje y que sea recibido de forma directa por el mayor grupo de gente posible.

La versatilidad que tiene como actividad no está sujeta a horarios o a terceros, y además permite a cada individuo adaptarlo a sus necesidades, el cine nos da la posibilidad de “ver la película, pararla, ralentizarla, volverla a ver, etc.”<sup>23</sup>.

Respecto a los “Hábitos y estilo de vida relacionados con la salud” que el Ministerio de Sanidad propone, el documento más importante para entender la mayoría de ellos es la “Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024”<sup>30</sup>, presentada por este mismo ministerio. En él vemos como en estos últimos años estos indicadores están estancados “el consumo de drogas ilegales en España sigue siendo una de las amenazas más persistentes de nuestra sociedad. (...) un tercio de la población española ha consumido alguna droga ilegal en su vida, manteniéndose este porcentaje estable en los últimos años”. En el “Plan de Acción sobre adicciones 2018 – 2020”<sup>31</sup> se defiende que un gran problema a la hora de prevenir las adicciones en adolescentes es la baja percepción de riesgo que tienen. “Es necesario incrementar los esfuerzos por llegar a esta población a través de mensajes y canales creíbles y de gran penetración”. Por ello creemos que el cine es una herramienta novedosa capaz de colaborar en esta demanda del ministerio.

También en referencia a la versatilidad, pero ya en un ámbito característicamente médico, podría servir como complemento al tiempo invertido en consulta por paciente, que como bien sabemos es muy limitado (en España la media de una consulta es de 13’4 minutos por paciente)<sup>32</sup>. Las consultas para cambiar aspectos de hábitos de vida saludables necesitan más tiempo para ser efectivas. Por ejemplo, el “Manual de Abordaje del Tabaquismo en atención primaria de la Consejería de sanidad de Cantabria”, indica que el abordaje que mejores resultados según la evidencia científica da es el llamado “Tratamiento multicomponente”, que consta de una evaluación previa (20 -25 minutos de duración), 2 sesiones de preparación (20 -25 minutos por

paciente) y 3 sesiones de mantenimiento (10 – 15 minutos de duración)<sup>33</sup>. Esto demuestra que el tiempo en Atención primaria por consulta es insuficiente para llevar a cabo este tipo de terapias, nosotros defendemos que con recomendaciones cinematográficas se podría apoyar estas intervenciones adaptándose al horario y necesidades del paciente.

En conclusión, como afirma Gubern, de igual modo “que la confianza que han depositado las actuales líneas de actuación pedagógica en la capacidad educadora del cine ha hecho que su presencia en las instituciones educativas se haya ido incrementando hasta haberse normalizado su utilización en el día a día”<sup>23</sup>. Nosotros afirmamos que de igual modo puede suceder aplicándolo al ámbito de la salud.

Hoy en día, nos es extraño el término “prescribir una película”, pero defendemos que podría llegar a ser una realidad, una herramienta más al servicio de la salud.

## 6. Objetivos

El objetivo principal de este TFG, como el de cualquier proyecto dirigido a la promoción de la salud es, en primer lugar, proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Consideramos el cine como un elemento capaz de aumentar el control individual sobre la salud del individuo, dado su carácter universal y su poder de influencia en el individuo.

**General:** aumentar el estado de salud de los jóvenes de entre 12 y 18 años del barrio de Rafalafena, Castellón de la Plana.

- **Específicos:**

- a. Analizar el estado de salud del barrio e identificar los problemas sanitarios a nivel comunitario
- b. Diseñar un programa de intervención comunitaria utilizando como herramienta el cine dirigido a mejorar los indicadores de salud.
- c. Plantear la posibilidad de utilizar el cine como herramienta de intervención comunitaria y diseñar un sistema para evaluar su funcionalidad.

## 7. Material y métodos

Se ha llevado a cabo un estudio basado en metodología cualitativa para conocer el estado de salud de los jóvenes del barrio de Rafalafena y los problemas de las personas jóvenes del barrio, con el objetivo de diseñar una intervención comunitaria que use el cine como herramienta adaptado a los problemas identificados por los agentes de salud de la zona.

Se ha decidido que la población objeto de nuestro estudio serán los/as individuos jóvenes del barrio de Rafalafena<sup>33</sup> comprendidos entre los 12 y los 17 años. Se ha elegido este rango de edad, en primer lugar, porque las adicciones comienzan a edades muy tempranas<sup>34</sup> por lo que se quería dirigir la intervención precisamente a este grupo poblacional. Asimismo, dirigir nuestras intervenciones comunitarias a la población joven “es una manera efectiva de reducir las desigualdades en salud infantil para que las futuras generaciones de adultos tengan igualdad de oportunidades en salud”<sup>17</sup>.

En segundo lugar, se han elegido estos tramos de edad porque se pretenden seguir las recomendaciones a la hora de ver películas apropiadas para cada edad que da el Instituto de la Cinematografía y de las Artes Audiovisuales, dependiente del Ministerio de Cultura. Estas establecen como edades límite entre las distintas calificaciones los tramos de edad 7, 12, 16 y 18. Se realizarán dos intervenciones adaptadas a los tramos de edad de 12-15 y de 16 – 17 años.

Para garantizar que los jóvenes pertenecen al barrio de Rafalafena se preguntará el domicilio al inicio del cuestionario para delimitar qué jóvenes pertenecen a la zona de acción del centro de salud y así incluirlos en el estudio.

### 7.1. Primera etapa: trabajo de campo

#### 7.1.1. Entrevista

Las entrevistas, en cuanto a forma, siguen una metodología semiestructurada abierta partiendo de un guion. En cuanto a fondo la metodología elegida para realizar el análisis del estado de salud de los jóvenes del barrio es la entrevista cualitativa a los agentes de salud del barrio hasta alcanzar la saturación de datos.

Hemos elegido la entrevista cualitativa, porque es el método indicado para “entender mejor los procesos y realidades de los problemas actuales con los que se enfrentan la salud pública y la medicina” (2). Es la más ligada a la investigación en sociología, que tiene mucha presencia en nuestra investigación, y además es la más útil para profundizar en el aspecto subjetivo del individuo que puede ayudarnos a aclarar la causa de los resultados<sup>36</sup>.

Englobamos dentro de la figura del “portavoz de salud” tanto a aquel individuo que representa la opinión de un determinado grupo poblacional en cuanto a temas de salud se refiere, como aquellos individuos que poseen un papel fundamental en la salud de los habitantes de la zona por la propia naturaleza de su labor. Consideramos incluidos, al médico de familia, al pediatra, al trabajador social, al responsable de enfermería del centro de salud a diferentes portavoces de asociaciones, organizaciones y colectivos influyentes de la zona.

El criterio de Saturación Teórica de Glaser y Straus se define como “el criterio para determinar cuándo dejar de muestrear los distintos grupos de relevancia de una categoría. Saturación, aquí, significa que no se hallan datos nuevos a través de los cuales se puedan desarrollar más cuestiones. La incorporación de nuevo material o de nuevos datos se acaba, según este concepto, cuando ya no emerge nada nuevo”<sup>37</sup>.

Las preguntas de la entrevista se han diseñado para obtener la información de forma organizada en tres bloques:

- Bloque 1: Preguntas dirigidas a conocer la realidad social y sanitaria del barrio, especialmente de sus jóvenes.
- Bloque 2: Preguntas dirigidas a conocer el tejido asociativo del del barrio y los antecedentes en lo referente a promoción de la salud en el barrio de Rafalafena.
- Bloque 3: Preguntas dirigidas a conocer la posibilidad de éxito del proyecto entre los jóvenes del barrio.

En el Anexo I se puede encontrar el guion con el que se guiaron todas las entrevistas realizadas a los agentes de salud.

Las circunstancias de la entrevista sucederán de acuerdo al esquema recomendado por Claudia Troncos-Pantoja y Antoni Amaya Placencia en su artículo titulado “Entrevista: guía práctica para la recolección de datos cualitativa en investigación de salud”<sup>38</sup>:

- a) **Lugar de la entrevista:** debe ser un ambiente que le entregue comodidad al entrevistado y al entrevistador.
- b) **Presentación del investigador y metas del estudio:** en donde el primero se identifica con nombre, lugar de procedencia, etc. Y sirve para identificar la temática y los objetivos del estudio con claridad.
- c) **Lectura del consentimiento informado:** revisado por el sujeto.
- d) **Firma del consentimiento informado:** solicitada después de que éste haya sido leído. Se pregunta al potencial entrevistado por su voluntad de participar en la investigación; si la respuesta es afirmativa se firman dos copias, una para el investigador y otra para el



participante; si la respuesta es negativa se agradece la atención prestada hasta el momento.

- e) **Inicio de la entrevista**
- f) **Registro de la entrevista:** mediante equipo audiovisual o similar para grabar la entrevista y poder comenzarla.
- g) **Finalización de la entrevista**

Para un mejor análisis de los datos obtenidos de las entrevistas todas ellas fueron grabadas con grabadora, previa petición de consentimiento a todos los entrevistados.

#### 7.1.2. Muestreo y sujetos

Los sujetos a los que se ha realizado la entrevista se han elegido por muestreo no probabilístico que ha evolucionado conforme íbamos realizando entrevistas ya que en entrevista cualitativa lo que buscamos son buenos informantes dispuestos a colaborar con el entrevistador. Comenzamos realizando un **muestreo por conveniencia**, basándonos en la accesibilidad y proximidad con el investigador, a continuación, aplicamos un **muestreo por avalancha**, pidiendo a nuestros entrevistados que nos recomendaran otros que pudieran ser de interés para el estudio, por último, basándonos en las necesidades de información detectadas en los primeros resultados aplicamos un **muestreo teórico**<sup>36</sup>.

#### 7.1.3. Temporalidad

Se han realizado siete reuniones individuales para conocer el estado de salud y los problemas de los jóvenes del barrio.

Las dos primeras se realizaron en enero de 2019 con la médica de familia y el pediatra con la finalidad de explicar el proyecto, tomar contacto con el centro de salud y valorar el grado de interés, ocupando un espacio de 20 minutos por entrevista.

Las otras cinco se realizaron durante los primeros diez días del mes de abril de 2019, ocupando en total unas 15h. Las entrevistas tuvieron una duración media de 25 minutos, acompañado de diversas incursiones para intentar programar las entrevistas.

El 15 y 16 de abril de 2019, se realizan 2 visitas más al barrio para localizar espacios donde pueda llevarse a cabo la intervención.

#### 7.1.4. Análisis de los resultados

Al análisis cualitativo de los datos vamos a acercarnos desde una metodología inductiva, donde la codificación está guiada por los datos, concretamente desde la Teoría Fundamentada o “Grounded Theory” propuesta por Glaser y Strauss en 1983<sup>38</sup>. Esta se divide en tres etapas:

- Codificación abierta: en la que se lee el texto de manera reflexiva para identificar las categorías pertinentes. A continuación, se determinan los códigos y conceptos<sup>38</sup>.
- Codificación axial: las categorías se precisan, se desarrollan y se relacionan o interconectan. De manera que surgen los temas<sup>38</sup>.
- Codificación selectiva: se teoriza sobre una categoría nuclear que une todas las demás<sup>38</sup>.

De este modo, después de realizar todas las entrevistas se procedió a su transcripción. A continuación, se realizó una primera aproximación para hacerse una idea general de los resultados y donde se obtuvo la primera categorización de los datos. Seguidamente se procedió a la codificación de todas las transcripciones y a la composición de la tabla de codificación.

Por último, se procedió a la redacción de los resultados para su mejor comprensión.

#### 7.2. Segunda etapa: diseño de la intervención

Una vez analizados los resultados obtenidos de las distintas entrevistas se concluye que el problema principal que preocupa a la población del barrio de Rafalafena es el uso irresponsable de las nuevas tecnologías, por lo que la intervención que desarrollaremos en el barrio va dirigida a ésta.

En primer lugar, elegimos la población objeto de nuestra intervención. Cuando planteamos la intervención consideramos que la población objeto debían ser los jóvenes, tal y como exponemos en el apartado de material y métodos. Pero a raíz de las entrevistas entendimos que el uso irresponsable de las nuevas tecnologías es una cuestión educativa, por lo que los padres y madres tienen una gran responsabilidad en el uso correcto de las nuevas tecnologías por parte de sus hijos. Es por ello que hemos decidido que los padres que se interesen por la actividad también pueden acudir, ya que a través de ella influirán en el comportamiento de sus hijos e hijas, y el objetivo principal del estudio es mejorar el estado de salud del barrio, no está dirigido únicamente a quien servirá para el grupo de estudio.

En primer lugar, se decide que la intervención va a consistir en seis documentos audiovisuales, y se procede a la búsqueda de la filmografía apropiada para reflexionar sobre este tema utilizando internet y el libro “Películas para la educación”<sup>37</sup>.

Se han elegido cinco películas y un documental para esta intervención comunitaria. Se han agrupado en dos ciclos distintos de tres sesiones cada uno, diferenciados por el rango de edad al que van dirigidos según la calificación otorgada por el Ministerio de Cultura y Deporte. Los ciclos de cine quedan organizados del siguiente modo:

- Ciclo de películas calificadas para mayores de 12 años:
  - Desconexión (Anexo II)
  - Nerve (Anexo III)
  - Ready Player One (Anexo IV)
  
- Ciclo de películas calificadas para mayores de 16 años:
  - “Black Mirror: Nosedive” (Anexo V)
  - “Hombres, Mujeres y Niños” (Anexo VI)
  - “Love Child: Historia de una adicción” (Anexo VII)

A continuación, diseñamos la ficha técnica que utilizaremos para presentar nuestras películas basándonos en la ofrecida por el libro “Cine y diversidad social”<sup>23</sup>.

Nombre original de la película	
Nombre de la película en España	
País	
Año de realización	
Director/es	
Género	
Productor/es	
Distribuidora	
Guion	
Fotografía	
Música	
Montaje /edición	
Vestuario	
Intérpretes	
Duración	
Sinopsis	

A continuación, se procedió a diseñar diversos ejercicios y actividades para el posterior trabajo reflexivo sobre la película. Dichas actividades son de elaboración propia tomando como ejemplo las propuestas en el libro “Cine y diversidad social”<sup>23</sup>.

Se adjuntan como anexos II-VII todas las fichas técnicas y de actividades de la filmografía que conforma la intervención comunitaria.

#### 7.2.1. Lugar de la intervención

Como posibles lugares donde llevar a cabo los ciclos de cine en el barrio de Rafalafena proponemos dos diferentes:

- Biblioteca de Rafalafena: hay una sala con proyector que podría ser habilitada para llevar a cabo la actividad, tiene una capacidad de unas 60 personas.
- IES Penyagolosa: tiene un salón de actos con capacidad para unas 250 personas aproximadamente. Otras veces ha sido cedido para que asociaciones teatrales externas al centro lleven a cabo sus actividades.

#### 7.2.2. Desarrollo de la intervención

Proponemos que se dediquen los 10 minutos iniciales a recoger el nombre, correo electrónico y dirección de los participantes, elementos que nos permitirán valorar qué individuos de los asistentes pasarán a ser incluidos en el estudio, y nos permitirán contactar con ellos meses después de la intervención para ver el efecto de esta.

A continuación, el representante de la intervención se presentará a los asistentes, agradecerá su presencia y se proyectará la película elegida para cada sesión.

Después de la proyección el representante actuará como moderador del debate sobre la película, proponiendo los temas recogidos en los Anexos II-VII del trabajo y moderando los turnos de palabra.

Los últimos 10 minutos de cada sesión se dedicarán para realizar el cuestionario de evaluación de la actividad.

Se pretende que la intervención en conjunto dure un máximo de 3 horas por sesión, para no hacerse excesivamente larga para los asistentes, por lo que la duración del debate será variable en función de la duración de la película. Igualmente, si el debate finaliza antes de 3 horas y ya se han

lanzado todas las preguntas propuestas para el cinefórum, la intervención puede finalizar con ellos.

Un mes después de la última sesión de cada uno de los ciclos se contactará vía e-mail con los asistentes cuyo domicilio pertenezca a la zona de salud del barrio de Rafalafena y se procederá a repetir el test sobre adicción a Internet, explicado en el apartado de evaluación de la intervención, para ver el efecto que la intervención ha tenido sobre cada individuo.

#### 7.2.3. Ley de derechos de autor

En cuanto a la legalidad respecto a copyright y licencias de derechos de autor en relación a la reproducción de películas con fines científicos y educativos nos amparamos en el Artículo 37.1 del Real Decreto Legislativo 1/1996 o Ley de Propiedad Intelectual, el cual reza “Los titulares de los derechos de autor no podrán oponerse a las reproducciones de las obras, cuando aquéllas se realicen sin finalidad lucrativa por los museos, bibliotecas, fonotecas, filmotecas, hemerotecas o archivos de titularidad pública o integradas en instituciones de carácter cultural o científico y la reproducción se realice exclusivamente para fines de investigación o conservación”<sup>39</sup>. Entendemos que el centro de salud como elemento perteneciente a la Conselleria de Sanitat i Salut Pública está integrado en una institución de carácter científico y por lo tanto está autorizado a llevar este proyecto a cabo.

#### 7.2.4. Evaluación de la intervención

La evaluación del éxito de la intervención se realizará en dos niveles.

- **Análisis de la sesión y de la organización previa:** en primer lugar, el responsable/organizador del proyecto utilizará los siguientes indicadores de evaluación:
  - N.º de asistentes
  - Nivel de participación en el cinefórum
  - Encuesta de satisfacción con la actividad
    - ¿Cómo te has enterado de la actividad?
    - ¿Te ha parecido interesante?
    - ¿Cuáles son sus puntos fuertes?
    - ¿Has aprendido cosas sobre el mal uso de las nuevas tecnologías que no conocías?
    - ¿Crees que esta actividad repercutirá en tu salud, y por tanto en tu vida personal?

Esto nos permitirá evaluar si la organización y promoción de la actividad ha sido realizada correctamente, y si la población objeto tiene un interés en el tema tratado.

Igualmente, el conocer la opinión inmediata de los participantes acerca de la posibilidad de éxito del proyecto puede sernos útil para valorar su funcionalidad a largo plazo.

- **Análisis del impacto de la intervención:** en segundo lugar, para evaluar el efecto de la intervención se pasarán una serie de encuestas, siendo la temporalidad de estas: antes del inicio de cada sesión (T0), y un mes después de la última sesión de cada ciclo (T1). Es decir, llevaremos a cabo un estudio de control único en el que cada individuo es su propio control y se evalúa su desarrollo en el tiempo. Cuanto mayor sea la diferencia de puntuación entre T0 y T1 mayor será el impacto de la intervención.

El test que hemos elegido para evaluar el grado de adicción a internet es el de Kimberly Young<sup>40</sup>, que evalúa el grado de impacto en tu vida que tiene internet en base a 20 preguntas con 5 respuestas cada una en una escala de “1. Casi nunca” a “5. Siempre”. Este test se adjunta como Anexo VIII.

Como entendemos que el uso irresponsable de las nuevas tecnologías es una variable multifactorial, en el test también se preguntará sobre otras variables que puedan influir.

- Variables demográficas
  - Edad
  - Sexo
  - Nacionalidad
- Variables socioeconómicas
  - Trabajo de los padres
  - Nivel educativo de los padres

Aplicando una regresión múltiple que nos permite estudiar cómo influyen estos factores y calcular por tanto el efecto de nuestra intervención. Para ello podemos aplicar en dos ocasiones este procedimiento:

- Aplicándolo a la “puntuación obtenida en el Test de Kimberly Young<sup>40</sup> en T0” como variable respuesta obtendríamos información sociológica sobre cuáles de estos factores y en qué grado influyen en la adicción a internet.

- Aplicándolo a la “diferencia de puntuación obtenida en el Test de Kimberly Young<sup>40</sup> entre T0 y T1” como variable respuesta, obtenemos cómo han influido estos factores en el impacto de nuestra intervención. En esta fase utilizaremos como variable “número de sesiones asistidas”, para conocer si a mayor número de asistencia al ciclo se obtiene una mayor respuesta.

Consideramos que un modo de conseguir que los participantes realicen los test meses después de la intervención es mandarles el cuestionario por correo electrónico e informarles sobre la importancia de sus respuestas para mejorar la salud de su barrio, de forma que se sientan partícipes de la mejoría que pueda suponer en la salud de su comunidad.

## 8. Resultados

### 8.1. Cuadro de codificación y categorización de las entrevistas a los agentes de salud

Ésta es la tabla obtenida de la codificación y categorización de la enfermedad obtenida por medio de las entrevistas.

En la columna de la derecha observamos los distintos códigos que hemos localizado, es decir, aquellos términos obtenidos en las entrevistas que tienen un significado propio. Como hemos seguido el método de la teoría fundamentada hemos partido de todos estos códigos para construir nuestra tabla de categorías, o agrupaciones de códigos sobre una misma idea, para finalmente obtener una categorización más amplia que agrupase las distintas categorías. De este modo hemos conseguido extraer todas las ideas obtenidas mediante entrevista cualitativa y relacionarlas entre ellas para darles un sentido global.

Patologías	Índole sexual	Falta de educación sexual.
	Ludopatía	Adicción a las apuestas, apuestas deportivas.
	Problemas de adaptación	apatía generalizada, inquietud, fracaso, absentismo escolar, ansiedad, exámenes, menos vida de barrio, menos sentimiento de comunidad, desconocimiento del futuro, precariedad laboral.
	Médicos	desconocimiento del estado de salud, vacunación, patologías habituales, infecciones, problemas agudos, lesiones leves, quemaduras, estacional, problemas de cualquier otro barrio.

	Consumo de tóxicos	Consumo de alcohol, repunte, marihuana, adicciones, abuso de alcohol, tabaquismo, ley antitabaco, alcoholismo, drogadicción, controlado.
	Problemas alimentarios	desmayo, no almorzar, no comer, estilo de alimentación defectuoso, mala alimentación, obesidad, importante, adolescente, educación en hábitos de comida, educación en ejercicio.
	Uso irresponsable de nuevas tecnologías	predisposición a estar con el ordenador o con el móvil, aparatos tecnológicos, preadolescentes, preocupación padres, pérdida horas estudio, pérdida horas sueño, limitación relaciones sociales, Fortnite, auge, adicción a las tecnologías, programas de uso responsable, ayuntamiento, Generalitat, asociaciones privadas, nuevas tecnologías, sustituyen momentos de la vida, abstraídos, Instagram, adicción al móvil de los jóvenes, enganchados, problema de comunicación, pérdida de la capacidad de relación, pérdida de la capacidad de expresarse emocionalmente, vida real, pérdida de gestión del contacto físico, problema educativo, padres, móvil, apague.
	TDAH	origen orgánico, fracaso escolar, conductas desafiantes, TDH.
	Consumo de bebidas energéticas	Bebidas energéticas, al alza, cada vez más pequeños, consumo descontrolado.
Red de tejido asociativo		trabajadora social, parroquia, Caritas Diocesana, barrio, centro de salud, Asociación Rafalafena, instalaciones, deportivas, biblioteca municipal, asociaciones de vecinos, ámbito escolar, individuos clave de la comunidad, enfermería, enlace entre el instituto y el centro de salud, asociaciones deportivas, asociaciones teatrales, movimiento asociativo, movimiento eclesiástico, no existe asociación dirigida a jóvenes, instalaciones deportivas, plazas, parque de Rafalafena, ambulatorio, psicólogos, psicopedagogos, centros educativos, ninguna asociación dirigida a jóvenes, neocatecumenales.
Antecedentes de promoción de la salud		Mapa de activos en salud, entrenamiento, habilidades RCP, programas verticales, Consellería de Sanidad, enfermería, trabajadores sociales, educación sanitaria, programas verticales, días internacionales, lucha contra el SIDA, uso racional de antibióticos, vacunación antigripal, circuito urbano, stand, Salud Pública, preventivas, divulgativas, ONG, proyectos, gente mayor, Ayuntamiento, captar socios, divulgar proyectos, educación sexual, primeros auxilios, vacunaba, adicción a las nuevas tecnologías, casas de apuestas, formación en primeros auxilios, Cruz Roja, ayuntamiento, ONGs, formación, Fundación Vicente Ferrer, Intermón Oxfam, talleres, proyecto PIES, educación vial, campaña maltrato, análisis de la convivencia, encuestas, entrevista, programa PIES, Educación para la salud sexual, Odontopediatría, auxiliar de odontología, programa de salud bucodental, alimentación saludable,



		clases de primeros auxilios, clases de reanimación, controlar debuts de diabetes, reciclado, vacunación, plan de rescate.
Población vulnerable del barrio		barriadas, viviendas tuteladas, menores de otros países, clases sociales más bajas, inmigrantes, poco arraigo, paro, viviendas de protección oficial, nivel socioeconómico bajo, familias monoparentales, centros de acogida, humildes, vulnerables, polígono Rafalafena, nivel medio cultural bajo, ayudas del estado, gueto, mayor consumo de tóxicos, estamentos sociales, clases económicas, clases educativas, etnia gitana.

## 8.2. Descripción de los resultados

### **Estado de salud de los jóvenes del barrio**

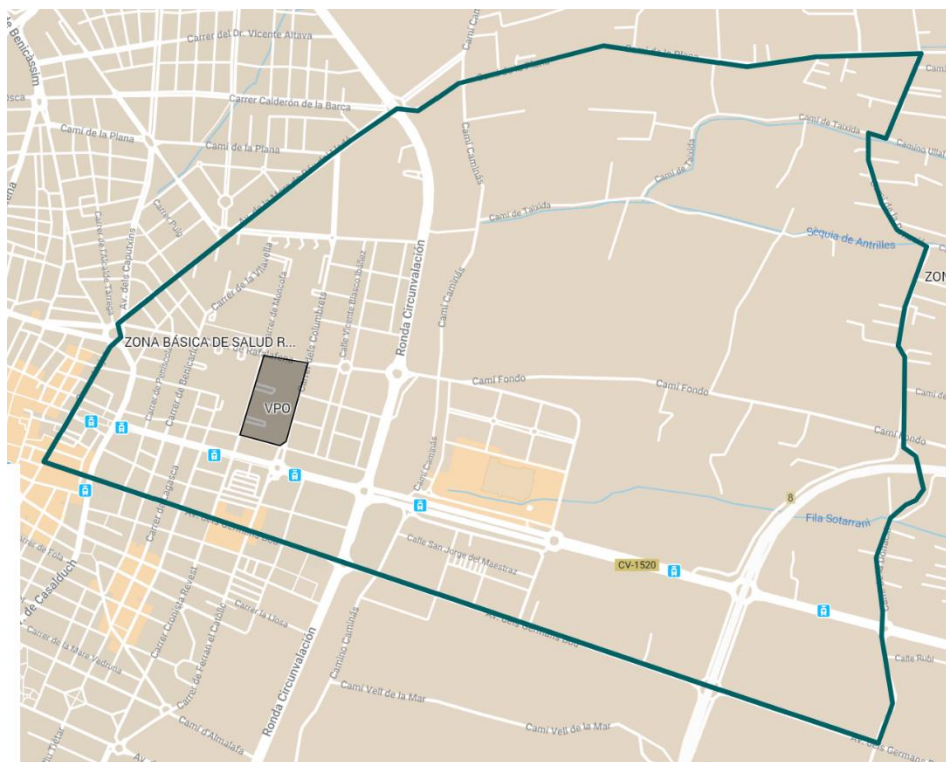
Después de analizar las entrevistas realizadas a los agentes de salud del barrio obtenemos que la zona de acción del centro de salud de Rafalafena atiende a un total de 18.372 individuos encontrándose en edad pediátrica 2.489 (datos obtenidos de la base de datos del programa informático Abucasis). Dicha población se caracteriza por la presencia de una clase media predominante sin grandes desigualdades económicas entre sus miembros.

Existe una única zona con un nivel económico levemente inferior, sin que exista una desigualdad patente entre la población que habita en esta zona y el resto de la zona de salud. Esta zona es aquella situada entre las calles Moncofar, de les Adoberies, Columbretes y Rafalafena, una zona de viviendas de protección oficial construidas en los años 60.

El único grupo de población vulnerable destacado por los entrevistados es el grupo de jóvenes que se encuentran en un bloque de edificios localizado en la Avenida Hermanos Bou, jóvenes que se encuentran bajo la tutela del estado.

Igualmente, no se referencia una gran diferencia entre los problemas de los individuos adultos del barrio (mayores de 18 años) y los que afectan a la población juvenil, objeto de nuestro estudio, aparte de aquellos relacionados con el ámbito escolar (absentismo y fracaso).

Todos los entrevistados afirman que este barrio no tiene unas características especiales que le hagan tener un patrón patológico propio, por lo que los resultados se presuponen extrapolables a otros barrios sin características especiales.



\*Mapa creado con la herramienta My Maps de Google, basándonos en el Mapa de activos de salud realizado por el Centro de Salud de Rafalafena<sup>34</sup>. La zona destacada en negro es la de viviendas de protección oficial (VPO) comentada en las entrevistas.

Como patologías presentes en el barrio destaca sobre el resto la preocupación por el **uso irresponsable de las nuevas tecnologías**. Es unánime la opinión entre todos los entrevistados, de que los jóvenes cada vez a una edad más temprana (desde niños de 2 años) y cada vez de un modo más descontrolado están generando una dependencia de los dispositivos electrónicos. Móviles, ordenadores, videojuegos y aplicaciones son las causantes de que los jóvenes se pasen el día abstraídos llegando a generar verdaderos problemas en sus vidas cotidianas como la pérdida de la capacidad de relación, la pérdida de la capacidad de expresarse emocionalmente y la incapacidad de gestionar el contacto físico entre ellos y con el resto de la sociedad. Asimismo, el problema tiene un origen educativo, ya que son los padres los que deben educar en este uso responsable y los que deben limitarlo cuando suponga un problema para el correcto desarrollo del menor.

Otros de los nuevos problemas que preocupan al barrio son el **auge del consumo de bebidas energéticas** entre los más jóvenes, comentado por enfermería. Este consumo se produce de manera sistemática y con desconocimiento de las consecuencias por parte de ellos y de sus progenitores y/o tutores. Y el **aumento de las casas de apuestas** que comentó del director del instituto público a las que cada vez acuden más asiduamente los jóvenes a realizar principalmente

apuestas deportivas. Esta es una primera aproximación a la ludopatía que puede conllevar un gran riesgo, pero no se toman medidas al respecto.

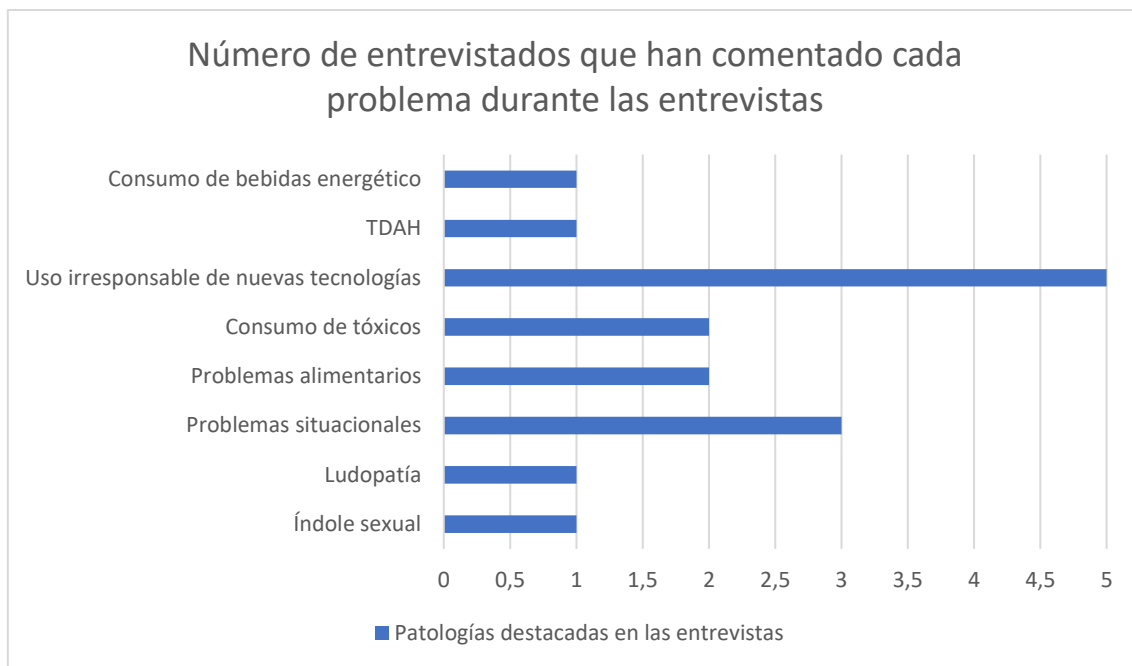
Siguiendo con lo relativo a la esfera conductual, dos de los entrevistados comentaron que existe un grupo de jóvenes entre los que el **consumo de alcohol** es preocupante, al igual que el **aumento del consumo de marihuana**, siendo este último un problema no exclusivo de nuestra población estudio, es un problema que afecta por igual a los adultos mayores de 18 años.

También preocupa a los entrevistados aquellas cuestiones que hemos englobado como “problemas educativos externos al ámbito escolar”. Por una parte, los **problemas alimentarios** como el gran aumento de la obesidad infantil, la aparición esporádica de algún caso de anorexia, así como tener un mal patrón de distribución de las comidas a lo largo del día lo que ha llegado a producir el desmayo ocasional de algún joven. Por otra parte, desde el instituto, se comenta la **falta de** normalización, sistemática y recursos en cuanto a la **educación sexual**.

En cuanto a los **problemas médicos** del barrio encontramos aquellos propios de la población joven en general, es decir, infecciones y otros problemas agudos. Comentado por los dos máximos representantes de esta temática en el barrio, la médica de familia y la pediatra.

En el ámbito psicosocial, tres de los entrevistados, destacaron un aumento de la incidencia de aquellos problemas que hemos decidido englobar como **problemas de situacionales**, apatía generalizada, fracaso y absentismo escolar y ansiedad. Estos casos en ocasiones hacen sospechar que sea producida por un Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad, un trastorno que preocupa cada vez más a las madres y padres del barrio.

Estas y otras patologías antes comentadas, como el auge las nuevas tecnologías, unidas al envejecimiento progresivo del barrio provocan la **pérdida del barrio como núcleo social**, lo que conduce a una sociedad más individualista, este hecho fue comentado por el presidente de la Asociación de vecinos de Rafalafena.



### **Tejido asociativo del barrio y antecedentes de promoción de la salud**

Se pone de manifiesto la ausencia de interés recíproco entre los jóvenes y las asociaciones del barrio. No hemos conseguido detectar ninguna en el estudio, confirmando la falta de estas asociaciones obtenida por parte del centro de salud en el momento en que se realizó el mapa de activos, información recogida de las entrevistas. Sin embargo, se constituyen como principales lugares de influencia para este grupo poblacional los distintos institutos públicos (IES Penyagolosa y IES Sos Baynat) y el complejo deportivo que encontramos en la calle Moncofa, centros neurálgicos de la actividad joven del barrio. La iglesia perteneciente al camino Neocatecumenal también constituye un punto de conexión social para una determinada parte de la comunidad, no pudiendo concretar la cantidad de gente en la que influye, debido a la negativa del responsable de la parroquia a colaborar con este estudio.

Sin embargo, el eje neurálgico en cuanto a la salud del barrio es el centro de salud, ampliamente implicado en la mejora de la salud de la población que asiste, siendo dos proyectos los que más influencia han tenido. En primer lugar, encontramos el mapa de activos, un mapa accesible para toda la ciudadanía, donde se pueden encontrar todos los recursos básicos de salud. Por otro lado, desde enfermería pediátrica se ha trabajado conjuntamente con Cruz Roja en el programa PIES sobre educación sexual. También desde este servicio se han impartido clases de reanimación cardiaca en los colegios de la zona y se mantienen un estrecho contacto con los colegios para controlar a los alumnos que requieren una supervisión especial, como los debuts de diabetes.

En lo relativo a los proyectos desarrollados por las ONGs en el barrio, los entrevistados, no han sabido concretar especialmente la información al respecto. Podemos afirmar que existe una

relación histórica entre el instituto IES Penyagolosa y estas organizaciones cediendo sus aulas para dar talleres y formación muy diversa. Conocemos que se ha trabajado con multitud de ellas, pero solo han sabido concretarnos aquellas con las que han tenido una relación más estrecha últimamente, la Fundación Vicente Ferrer e Intermón Oxfam. Igualmente, muchas de estas organizaciones utilizan el centro de salud como punto de divulgación de sus proyectos y para captación de socios.

A nivel institucional (Ayuntamiento de Castellón, Conselleria de Salud, Generalitat Valenciana y Gobierno de España) se han puesto en marcha distintas acciones para el barrio. Tales como programas de formación y divulgación sobre el SIDA, el uso racional de antibióticos y la campaña de vacunación antigripal. Años atrás también se programó un circuito urbano con distintos puntos de interés (fuentes, lavabos, etc.) para fomentar el paseo entre la gente mayor de la zona. Cabe destacar que desde la Generalitat y conjuntamente con el IES Penyagolosa se han llevado a cabo talleres sobre el uso responsable de las nuevas tecnologías y sobre las adicciones a las casas de apuestas. Concretamente la campaña de charlas en colegios e institutos de Castellón denominada “Estoy seguro en internet”<sup>41 42</sup>.

### **Consideración de éxito del proyecto**

Pocas actividades se han llevado a cabo en el barrio relacionadas con el cine anteriormente. Una película de la filmoteca ocasionalmente cuando el cine todavía estaba abierto y un ciclo de cine desde el Ayuntamiento para los estudiantes de los institutos, centrado en la educación en valores. El éxito de este último proyecto es atribuido por los entrevistados a ser una actividad en horario lectivo.

Existe unanimidad tanto en la utilidad del cine como recurso didáctico, como en el gran poder de influencia que tiene este en los jóvenes. Así como en lo atractivo que resulta para este grupo.

Todos han encontrado útil el proyecto tanto para el barrio como para la sociedad en general. Llegando a comentar lo interesante de establecer este proyecto con un carácter anual y que abordase distintos temas.

La debilidad del proyecto más comentada es la dificultad de llegar a la población objeto, los jóvenes. Sin embargo, los agentes de la salud se muestran optimistas “Si los jóvenes llegan a conocerlo tienen bastante posibilidad de éxito”.

## 9. Limitaciones

La principal limitación del estudio se encuentra en la ausencia de bibliografía al respecto de la utilización del cine como elemento de intervención comunitaria. Se espera que este trabajo pueda servir como estudio piloto para futuras investigaciones al respecto.

En cuanto al análisis del barrio encontramos las limitaciones en la imposibilidad de entrevistar a dos agentes de salud que eran clave según los propios entrevistados. El primero de ellos es la trabajadora social del centro de salud, a la que se intentó entrevistar en dos períodos diferentes en múltiples ocasiones, el primero de ellos en el periodo de toma de contacto con el centro de salud (diciembre de 2018) y el segundo de ellos en la fase de entrevistas (abril de 2019). En ambos casos fue imposible realizar la entrevista porque ésta se encontraba de baja laboral. El otro agente clave es el párroco perteneciente a la iglesia Neocatecumenal del barrio, al que se le planteó la entrevista y rechazó su participación en el estudio.

## 10. Recomendaciones

Tal y como se comentó en las entrevistas el punto más importante para conseguir el éxito del proyecto es la buena publicidad del mismo. Por lo que se aconseja coordinar el proyecto con los directores y profesores de los institutos. Pedir un espacio breve para promocionar el proyecto y contar con su consejo y opinión ya que están especializados en tratar con población en este rango de edad.

Siguiendo con la difusión se recomienda poner carteles en el centro de salud, en la biblioteca pública y en las instalaciones deportivas del barrio ya que, según los entrevistados, son los núcleos de población joven de la zona.

## 11. Discusión

Mediante el estudio cualitativo del barrio de Rafalafena hemos obtenido que el barrio no posee unas características propias, lo cual es positivo para nuestro estudio ya que pretendemos demostrar la validez del cine como herramienta de intervención comunitaria. Por lo que cuantos menos distractores puedan influir en los resultados de esa investigación mayor será la validez externa del estudio.

Concuerdan los resultados sobre el consumo de tóxicos con el documento publicado por el “Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social” y que se enmarca en el “Plan Nacional sobre Drogas” titulado “Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024”<sup>30</sup>. En cuanto a la relación de los jóvenes con el tabaco, en las entrevistas se indicó que era un problema estabilizado

en cuanto a prevalencia, y así lo confirma este documento ministerial donde la edad de inicio de consumo de tabaco se mantiene estable (16'4 años), “niveles a los que descendió tras la introducción de normativa específica en 2005 y 2010. Pese a esto, continúa siendo la segunda sustancia más consumida en términos generales.

En cuanto al alcohol, la médica de familia comentó la existencia de un grupo poblacional con un consumo abusivo de patrón de fin de semana. En la “Estrategia Nacional sobre Adicciones” se habla de una ligera extensión de su consumo, siendo la droga más consumida y la primera causa de pérdida de salud en la población joven

Igualmente sucede con el consumo de cannabis, que ese repunte reflejado por esta agente de la salud queda reflejado en el documento.

Sobre las bebidas energéticas también es una preocupación del barrio fundamentada, ya que la Agencia Europea de Seguridad Alimentaria indica que un 68% de los adolescentes de entre 10 y 18 años son consumidores de estas bebidas, de los cuales un 12% tiene un consumo “alto crónicos” lo que supone un consumo de más de 7 litros al mes y otro 12% “Alto agudo” consumiendo más de un litro en una sola sesión. Igualmente, el 18% de niños de 3 a 10 años son consumidores ocasionales de estas bebidas y un 16% tiene un consumo alto crónico”. Se considera un tema muy interesante para futuras realizaciones de proyectos en intervención comunitaria<sup>43</sup>.

La ludopatía es otro problema que afecta a los jóvenes, confirmado por el Ministerio de Cultura, un 44'8% de las personas que presentan patología relacionada con el juego reconoce haber jugado antes de los 18 años.

Es muy interesante el hecho de que el problema con mayor relevancia para los agentes de salud del barrio sean las nuevas tecnologías, este problema es patente, ya que el 21% de estudiantes de entre 14 y 18 años realiza un uso compulsivo de internet, un 4'6% más que en 2014<sup>31</sup>, además “entre 0'2 y el 12'3% de las y los adolescentes cumplen criterios de juego problemático” datos incluidos en el “Plan de Acción sobre Adicciones 2018 – 2020” del Ministerios de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Sin embargo, en el último manual de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (DSM5) en el año 2013, la adicción a videojuegos se quedó excluida, a día de hoy, por ejemplo, en el Hospital Gregorio Marañón de Madrid es la segunda adicción más tratada por psiquiatría entre adolescentes (solo por detrás del cannabis)<sup>44</sup>.

Por todo ello entendemos que los resultados obtenidos mediante entrevista cualitativa se encuentran contrastados y son válidos.

Así, nuestra intervención, está realizada de modo que sigue las directrices del “Plan de Acción sobre Adicciones 2018 – 2020” del Ministerios de Sanidad, Consumo y Bienestar Social<sup>31</sup>. Tal y como hemos explicado en la justificación, éste se defiende que un gran problema a la hora de

prevenir las adicciones en adolescentes es la baja percepción de riesgo que tienen. “Es necesario incrementar los esfuerzos por llegar a esta población a través de mensajes y canales creíbles y de gran penetración”, justo como nuestra hipótesis propone y apoya bibliográficamente que es el cine. Por lo tanto, consideramos justificada y apropiada la aplicación de nuestro programa de intervención en el barrio de Rafalafena, y recomendamos su aplicación ya que se presupone útil para la sociedad.

Además, entendemos que este formato de intervención, y tal como comentaron varios entrevistados, si se demuestra su utilidad, tiene fácil adaptación al resto de problemas obtenidos de nuestro análisis cualitativo. Se podría proponer el establecimiento anual de estos ciclos.

## 12. Conclusiones

En conclusión, este trabajo en primer lugar se ha planteado una hipótesis sobre si el cine puede llegar a ser una herramienta generadora de salud, con el fin de averiguar si puede ser de utilidad para diseñar planes de intervención comunitaria. La hipótesis se ha apoyado en abundante bibliografía.

En segundo lugar, ha servido para realizar un análisis del estado de salud de los jóvenes del barrio de Rafalafena, mediante entrevistas cualitativas a los agentes de salud del barrio. Los resultados obtenidos indican que es un barrio sin grandes desigualdades y sin rasgos característicos en cuanto a su esquema patológico. Los problemas que más preocupan a nuestros entrevistados son coherentes con los datos aportados por el ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social siendo el “uso irresponsable de nuevas tecnologías” el problema que consideran más en auge.

En último lugar se ha diseñado un programa de intervención comunitaria dirigido a promover el uso responsable de las nuevas tecnologías basado en la realización de dos cineforums divididos por tramos de edad (12 -16 años y 16 – 18 años). Este programa tiene una doble aplicación, en primer lugar, aumentar el estado de salud del barrio de Rafalafena. En segundo lugar, demostrar la teoría propuesta sobre la utilidad del cine como herramienta de intervención comunitaria mediante la evaluación del impacto que tiene en el barrio la aplicación de este programa.



### 13. Agradecimientos

Quiero agradecer a mi tutor el tiempo que me ha dedicado. A Alfredo, a Rosa y al resto de entrevistados por su atención y buenas palabras sobre el proyecto.

A Larry Clark y Harmony Korine, porque con “Kids” nació el germen de toda esta idea.

Estoy muy agradecido a María José Monedero, quién desinteresadamente me amadrinó y orientó cuando estaba más perdido.

Padre gracias por tu experiencia, implicación y sabias palabras.

Ma gracias por estar ahí desde el primer día hasta el último, por tu paciencia, tu atención, tus ideas, tus consejos, tu apoyo y tu compañía. Siempre me acordaré de lo que un día tú escribiste pensando en mí.

Y a ti, gracias, has sido mi gran compañera en toda esta experiencia.

Por último, gracias a todas aquellas personas que de alguna manera han colaborado con este proyecto.

#### 14. Bibliografía

<sup>1</sup> Propósitos y objetivos de la ONU en el mundo [Internet]. Organización Naciones Unidas Guatemala. [citado 7 de noviembre de 2018]. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2VDHcbB>

<sup>2</sup> ¿Cómo define la OMS la salud? Organización Mundial de la Salud [citado el 3 de febrero de 2019]. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2QoxsCz>

<sup>3</sup> Declaración Universal de Derechos Humanos. Naciones Unidas Derechos Humanos Oficina del Alto Comisionado. [citado el 9 de noviembre de 2018]. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2JGli1p>

<sup>4</sup> Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata. [Internet]. Wikipedia 2019. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2ANyA9M>

<sup>5</sup> Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud [Internet]. Organización Panamericana de la Salud. [21 de noviembre de 1986]. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2UVRFhe>

<sup>6</sup> ¿Qué es la promoción de la salud? Organización Mundial de la Salud. [agosto de 2016]. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2RktsQU>

<sup>7</sup> Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI. Organización Mundial de la Salud [julio de 1997]. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2DZ9uab>

<sup>8</sup> Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud en un mundo globalizado. Organización Mundial de la Salud [agosto de 2005]. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2Y1BoJx>

<sup>9</sup> Declaración de Shanghái sobre la promoción de la salud 2030 para el Desarrollo Sostenible. Organización Mundial de la Salud. [noviembre de 2016]. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2GROpyE>

<sup>10</sup> La Asamblea General adopta la agenda 2030 para el desarrollo sostenible. Organización Naciones Unidas. [septiembre de 2015]. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2Hen33F>

<sup>11</sup> Diario Oficial de la Unión Europea, de 30 de marzo de 2010 por el que se establece la versión consolidada del tratado de funcionamiento de la Unión Europea. DOUE C/83 pág. 47-199. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/1SNBOOO>

<sup>12</sup> Strategic Plan 2016-2020. European Commission, DG Health & Food Safety. [20 de diciembre de 2017]. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2vyr5jZ>

<sup>13</sup> Report on health inequalities in the European Unión. 2016-2020. European Commission. [septiembre de 2017]. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2GXN9Lx>

- <sup>14</sup> Tema 14 - Intervención comunitaria: concepto. Estructura y organización comunitaria en la sociedad actual. Ámbitos de intervención comunitaria. El asociacionismo. [Internet]. Oposinet, Servicios a la Comunidad. [Publicado 12 de mayo de 2016]. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2U8FRJ1>
- <sup>15</sup> Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS. Secretaría General de Sanidad y Consumo. DG de Salud Pública, Calidad e Innovación. Report on health inequalities in the European Unión. 2016-2020. European Commission. [diciembre de 2013]. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2DKcXJc>
- <sup>16</sup> Equidad en salud en infancia y adolescencia. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar. [citado el 10 de diciembre de 2018]. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2VBxiKP>
- <sup>17</sup> Rajmil L, Starfield B. Desigualdades en salud infantil. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar. [citado el 10 de diciembre de 2018]. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2VKQaH4>
- <sup>18</sup> IV Plan de Salud 2016-2020. Generalitat Valenciana. Consellería de Sanitat Universal y Salut Pública. 2016. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2z14rkt>
- <sup>19</sup> Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas: hacia una gobernanza compartida en pro de la salud y el bienestar. Organización Mundial de la Salud 2010. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2vHUpox>
- <sup>20</sup> Martínez-Salanova E. Los comienzos del cine [Internet, Educomunicación]. [citado 15 de enero de 2019]. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2GTv3Jh>
- <sup>21</sup> Gómez G. Los inicios del cine (1895 – 1927). [Internet, duiops.net]. [citado 15 de diciembre 2018]. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2GptEMQ>
- <sup>22</sup> David Wark Griffith, padre de la cinematografía. [Internet, libreopinion.com]. [citado 15 de diciembre 2018]. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2Wmd9FB>
- <sup>23</sup> Córdoba M, Cabero J [Coords.] Cine y diversidad social: instrumento práctico para la formación de valores. MAD; 2009.162 p.
- <sup>24</sup> Flores J.C. El cine, otro medio didáctico: introducción a una metodología para el uso del cine como fuente de las ciencias sociales. Escuela Española S.A.; 1982. 120 p.
- <sup>25</sup> Diccionario de la lengua española. [Internet] Actualización 2018. [citado 13 de diciembre 2018]. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2ZU3k46>
- <sup>26</sup> Utrera R. Escritores y cinema en España:un acercamiento histórico. Ediciones JC. Madrid. 1985.

- <sup>27</sup> Indicadores de salud 2017. Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid, 2018. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2ECOesh>
- <sup>28</sup> Loscertales F. y Núñez T. Violencia en las aulas. El cine como espejo social. Octaedro. Barcelona. 2001.
- <sup>29</sup> Choza J, Montes M J. Antropología en el cine (Vol 2). Ediciones Laberinto. Madrid; 2001.
- <sup>30</sup> Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017 – 2024. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Secretaría General Técnica. NIPO: 680-18-086-4. [citado 23 de marzo de 2019]. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2S7xzAH>
- <sup>31</sup> Plan de acción Sobre Adicciones 2018 -2020. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Secretaría del Estado de Servicios Sociales. NIPO 680-18-087-X. [citado el 23 de marzo de 2019] Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2O44DWQ>
- <sup>32</sup> Irving G, Neves AL, Dambha-Miller H, et al. International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countriesBMJ Open 2017; 7:e017902. doi: 10.1136/bmjopen-2017-017902. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2Vln4eH>
- <sup>33</sup> López M.E, Benito B, del Castillo M.E, Álvarez S, Gutiérrez L, Armentia I, et al. Manual de abordaje del tabaquismo en atención primaria. Gobierno de Cantabria, Consejería de Sanidad, Dirección General de Salud Pública; 2010. 246 p
- <sup>34</sup> Ruiz E, Carrasco E. Mapa de activos en salud. Rafalafena | Docencia Rafalafena [Internet]. [citado el 23 de marzo de 2019]. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2DNrIuB>
- <sup>35</sup> Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017 – 2024. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Secretaría General Técnica. NIPO: 680-18-086-4. [citado 23 de marzo de 2019]. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2S7xzAH>
- <sup>36</sup> Salamanca A, Martín-Crespo C. El muestreo en la investigación cualitativa. Funden. 2007. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2rXDYCh>
- <sup>37</sup> Arocena C, Marzábal I. Películas para la educación. Cátedra. 2016. 432 p.
- <sup>38</sup> Gibbs G. El análisis de datos cualitativos en investigación cualitativa. Morata S.L. Madrid, 2012. 200 p.
- <sup>39</sup> Real Decreto Legislativo 1/1996, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Propiedad Intelectual. Ministerio de Cultura, “BOE” núm. 97, de 22 de abril de 1996. BOE-A-1996-8930.

- <sup>40</sup> Young, K. Internet Addiction: A Handbook and Guide to Evaluation and Treatment. Wiley, 2010, p.19-34
- <sup>41</sup> Arranca una nueva edición de “Estoy Seguro en Internet”, los talleres escolares para prevenir las amenazas en la red. El diario digital de Castellón. 22 de enero de 2019;
- <sup>42</sup> Castellón incluye por primera vez el ciberbullying en el ciclo de charlas sobre seguridad en internet [Internet]. Ayuntamiento de Castellón. [citado 16 de febrero de 2017]. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2VbAKML>
- <sup>43</sup> “Energy” drinks report. European Food Safety Authority. 6 de marzo de 2013. [citado 20 de febrero de 2019]. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2oThOhD>
- <sup>44</sup> Torres A. Empantallados: la “adicción sin sustancia” que empieza a los 14. El País, 6 de abril de 2019. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2I6hQ2J>
- <sup>45</sup> Arnopp J, Brooker C, Jones A. Dentro de Black Mirror. Minotauro. Barcelona, 2019. 320p.
- <sup>46</sup> Ogando B, Gracia D (dir). El cine como herramienta docente en Bioética y tanatología [tesis]. [Madrid]: Universidad Complutense de Madrid; 2010.

## 15. Anexos

### Anexo I

#### Entrevista a agentes de la salud del barrio de Rafalafena

- Bloque 1: Preguntas dirigidas a conocer la realidad social y sanitaria del barrio, especialmente de sus jóvenes:
  - ¿Cuáles son los grupos poblacionales más vulnerables de la zona de acción del centro de salud?
  - ¿Cuáles son sus principales problemas sociosanitarios?
  - ¿Son los mismos problemas que afectan a la población joven del barrio (menores de 18 años)?
    - En caso negativo, ¿Cuáles con los principales problemas sociosanitarios de los jóvenes en general de esta zona?
  - ¿Quiénes son los principales agentes de salud (portavoces de la comunidad tales como representantes de las distintas asociaciones del barrio u otras personas que tengan un papel fundamental en la salud de los jóvenes) de la zona?
  - ¿Cuáles son las asociaciones, grupos y colectivos más influyentes en relación con la salud de los jóvenes de la zona de acción del barrio?
  - ¿Qué espacios hay en el barrio disponibles para organizar actividades para los jóvenes?
- Bloque 2: Preguntas dirigidas a conocer el tejido asociativo del del barrio y los antecedentes en lo referente a promoción de la salud en el barrio de Rafalafena:
  - ¿Qué proyectos relacionados con la promoción de la salud se han llevado a cabo en el barrio en los últimos 10 años?
  - ¿Cuáles han tenido una mayor influencia o una mejor acogida? ¿A qué lo atribuyes?
  - ¿Se ha trabajado en anteriores proyectos conjuntamente desde la parroquia con otros colectivos o asociaciones del barrio?
  - ¿Conoces otros proyectos realizados desde asociaciones, ONGs o colectivos del barrio relacionados con la promoción de la salud que se llevado a cabo de forma independiente a la parroquia?
  - ¿Hay algún otro proyecto de promoción de la salud que haya influido de forma importante en los jóvenes del barrio, independientemente de quién o qué entidad lo haya llevado a cabo?

- Bloque 3: Preguntas dirigidas a conocer la posibilidad de éxito del proyecto entre los jóvenes del barrio:
  - ¿Consideras que el cine es un recurso didáctico útil? ¿Crees que el cine tiene poder de influencia en los jóvenes de hoy en día?
  - ¿Consideras el cine como un elemento atractivo para los jóvenes?
  - ¿Se ha organizado algún ciclo de cine con anterioridad en el barrio?
    - En caso afirmativo, ¿Conoces su nivel de éxito y participación?
  - ¿Consideras este proyecto útil para este barrio?
  - ¿Cuáles consideras que son las fortalezas y debilidades del proyecto?

## Anexo II

### Ficha técnica de la película “Desconexión”

Nombre de la película original	Disconnect
Nombre en España	Desconexión
País	Estados Unidos
Año de realización	2012
Director/es	Henry Alex Rubin
Género	Drama / Thriller
Productor/es	Jennifer Hilton, William Horberg y Bradford Simpson
Distribuidora	LD Enterteinment
Guion	Andrew Stern
Fotografía	Ken Seng
Música	Max Richter
Montaje /edición	Lee Percy
Vestuario	Catherine George
Intérpretes	Jason Bateman, Hope Davis, Frank Grillo, Michael Nyqvist, Paula Patton, Andrea Riseborough, Alexander Skarsgård, Max Thieriot, Colin Ford, Jonah Bobo, Haley Ramm, Norberto Leu Butz, Kasi Lemmons, John Sharian y Aviad Bernstein.
Duración	115 minutos
Sinopsis	La película narra las consecuencias que tienen en el mundo real las decisiones tomadas en el mundo digital a través de cuatro historias. Robos de identidad, explotación sexual y cyberbullying se entremezclan con temas como la soledad, la relaciones paterno/maternofiliales en la adolescencia y la integridad personal.

Película no recomendada a menores de 12 años según la clasificación del Ministerio de Cultura y Deporte.

### 1. Preguntas para el cinefórum

- ¿Cómo te sentirías si alguien accediera a todos los contenidos de tu ordenador? ¿Cree que podrían utilizar algo en tu contra?
- ¿Qué crees que ocurriría si alguien leyera todas tus conversaciones del móvil?
- ¿Cómo crees que reaccionarías en una situación de chantaje similar a la que le ocurre al chico con la foto? ¿Se lo contarías a alguien? ¿Cómo crees que es el mejor modo de gestionar una situación similar?



- ¿Crees que tus acciones en internet tienen consecuencias en la vida real?
- ¿Confiarías en alguien a quien solo conoces a través de la web?
- ¿Te sientes seguro utilizando internet? ¿O es más bien una falsa sensación de seguridad?
- ¿A quiénes consideras responsables del intento de suicidio de Ben en la película además de Jason y Frye?
- ¿Crees que internet puede ser una vía de escape de la sociedad, una manera de evadirse de los problemas de la vida real? ¿Crees que esto es positivo?
- ¿Crees que es posible eliminar tu presencia en internet?

## **2. Ejercicios o actividades para realizar en casa**

- Revisa las fotos de tu galería del móvil o el ordenador y reflexiona cuales podrían ser utilizadas en tu contra.
- Búscate en Internet desde una sesión de incognito y recopila toda la información sobre ti mismo a la que cualquiera puede acceder (rede sociales, datos académicos, etc.).
- Busca información en internet sobre los distintos métodos de borrar tu presencia en la web.

### Anexo III

#### Ficha técnica de la película “Nerve”

Nombre original de la película	Nerve
Nombre de la película en España	Nerve
País	EEUU
Año de realización	2016
Director/es	Henry Joost y Ariel Schulman
Género	Thriller
Productor/es	Allison Shearmur Productions
Distribuidora	Lionsgate
Guion	Jessica Sharzer, basado en la novela de Jeanne Ryan.
Fotografía	Michael Simonds
Música	Rob Simosen
Montaje /edición	Madeleine Gan y Jeff McEvoy
Vestuario	Melissa Vargas
Intérpretes	Emma Roberts, Dave Franco, Juliette Lewis, Emily Meade, Machine Gun Kelly, Kimiko Glenn, Samira Wiley, Marc John Jefferies, Jonny Beauchamp, Miles Heizer.
Duración	96 minutos
Sinopsis	Nerve es un juego de retos on-line en el que existen jugadores, que graban todo lo que sucede, y observadores, que votan y comentan las pruebas. Vee, una chica tímida de instituto, se verá atrapada en una espiral de pruebas que comienza como algo divertido, pero que poco a poco se va ensombreciendo.

Película no recomendada para menores de 12 años.

#### 1. Preguntas para la película

- ¿Ves algún parecido entre la película y la vida real?
- ¿En qué se parece a Instagram?
- ¿Crees que la presión social afecta a tu comportamiento?
- ¿De quién o quiénes es la responsabilidad de lo que ocurre en la película?
- ¿Crees que esto podría ocurrir?
- ¿Conoces a alguien que haya hecho algo que no quería o con lo que no se sentía a gusto para conseguir más “me gusta”?
- ¿Por qué crees que al final todos abandonan en juego?

## **2. Ejercicios o actividades para realizar en casa**

- Busca qué información hay tuya pública en internet y que podrían usar en tu contra.
- Piensa qué debilidades tuyas hay en las redes y qué pruebas podrían llegar a ponerte utilizando tus miedos.

## Anexo IV

### Ficha técnica de la película “Ready Player One”

Nombre de la película original	Ready player one
Nombre de la película en castellano	Ready player one
País	USA
Año de realización	2018
Director/es	Steven Spielberg
Género	Ciencia-Ficción
Productor/es	Donald de Line, Dan Farah y Kristie Macosko Krieger.
Distribuidora	Warner Bros
Guion	Zak Penn. Basado en la novela de Ernest Cline.
Fotografía	Janusz Kaminski
Música	Alan Silvestri
Montaje /edición	Michael Kahn
Vestuario	Kasia Walicka-Maimone
Intérpretes	Tye Sheridan, Olivia Cooke, Ben Mendelsohn, Mark Rylance, Simon Pegg, T.J. Miller, Hannah John-Kamen, Win Morisaki, Philip Zhao, Julia Nickson, Kae Alexander, Lena Waithe, Ralph Ineson, David Barrera, Michael Wildman, Lynne Wilmot, Carter Hastings, Daniel Eghan
Duración	140 minutos
Sinopsis	En un mundo donde todos han renunciado a su vida real para vivir una dentro de un juego, una serie de acontecimientos llevarán a Perzival a enfrentarse a diversos retos para preservar el mundo virtual que ama. Para ello deberá aplicar valores humanos que en ese mundo tan individualista parecían olvidados, amistad, amor, sacrificio...

Película no recomendada para menores de 7 años.

### 1. Preguntas para el cinefórum

- En la película se muestra un mundo en el que la gente prioriza su vida virtual frente a la real, ¿Crees que esto sería posible? ¿A partir de cuantas horas al día considerarías que se está priorizando la vida virtual a la real?
- Hoy en día la mayoría de nosotros llevamos el móvil a todas partes, incluso lo revisamos mientras mantenemos conversaciones con otras personas o andamos por la calle ¿Crees que ya no existe frontera entre el mundo real y el virtual?

- Al principio también se muestra una escena en la que un jugador intenta suicidarse al perder todas sus armas y monedas al morir en el juego ¿Crees que acaba afectándonos en nuestra vida real lo que sucede en nuestras redes o videojuegos?
- Se muestra como el “tío” de Perzival se arruina por gastarse su dinero en equipamientos del juego que luego pierde al morir. ¿Sabes lo que son los micropagos en los videojuegos? ¿Crees que esto se parece a la ludopatía clásica de juegos de azar en algún aspecto? ¿Crees que es bueno que en juegos dirigidos incluso a niños de 12 años exista este sistema de compra de mejoras y equipamientos?
- El film nos plantea en diversos puntos de la trama la necesidad de volver a conectar con las personas en la vida real, la necesidad de saber relacionarnos con ellas cara a cara y saber gestionar las emociones y el contacto, ¿Crees que esto se está produciendo ya a algún nivel por culpa de las nuevas tecnologías? ¿Crees que la gente hace la misma vida en el barrio y en la calle que hace 30 años?

## **2. Ejercicios y actividades para realizar en casa**

- Calcula cuanto tiempo pasas a la semana utilizando una pantalla (móvil, ordenador, televisión...)
- Compara cuantos amigos o seguidores tienes en tu red social preferida y cuantos en la vida real, ¿Hay diferencias? ¿A qué lo atribuyes?

## Anexo V

Ficha técnica del capítulo de la serie Black Mirror “Caída en picado” (3x01)

Nombre de la película original	Black Mirror: Nosedive
Nombre de la película en castellano	Black Mirror: Caída en picado
País	Reino Unido
Año de realización	2016
Director/es	Joe Wright
Género	Ciencia ficción / Drama / Sátira
Productor/es	Laurie Borg, Charlie Brooker, Ian Hogan, Annabel Jones y Angela Philips
Distribuidora	Netflix
Guion	Michael Schur, Rashida Jones y Charlie Brooker (como escritor de historia)
Fotografía	Seamus McGarvey
Música	Max Richter
Montaje /edición	Valerio Bonelli
Vestuario	Jacqueline Durran, Sinéad O’Sullivan
Intérpretes	Bryce Dallas Howard, Alice Eve, Cherry Jones, James Norton, Alan Ritchson, Daisy Haggard, Susannah Fielding, Michaela Coel, Demetri Goritsas, Kadiff Kirwan, Sope Dirisu, Clayton Evertson
Duración	63 minutos
Sinopsis	La historia sitúa a Lacie en un mundo en el que todo gira en torno a tu popularidad y las opiniones de los demás en las redes sociales. Este sistema de puntuación es la moneda de cambio y la que le permitirá alcanzar una vida plena y feliz o hundirse en la miseria.

Capítulo no recomendado para menores de 16 años según la clasificación del Ministerio de Cultura y Deporte.

### 1. Preguntas para el cinefórum

- ¿Qué aspecto positivos y negativos ves al sistema de valorar a las personas que se nos plantea en el capítulo?
- ¿Te recuerda a alguna red social? ¿Por qué?
- ¿Crees que hay gente que prioriza la vida virtual a la real?
- ¿Crees que la gente cambia su forma de interactuar con las personas en función de su popularidad? ¿En qué términos se evalúa hoy la popularidad de alguien?

- ¿Te has comparado alguna vez con alguien en función de tus seguidores? ¿Qué crees que puede significar que alguien tenga más seguidores? ¿Tiene alguna responsabilidad tenerlos?
- ¿Crees que este modelo podría funcionar en la vida real? ¿Alguna vez te has fijado en las valoraciones de un conductor a la hora de elegir un Uber o BlaBlaCar?

## **2. Ejercicios o actividades para realizar en casa**

- Elige a varios influencers o personas famosas y piensa qué motivos les hacen tener tantos seguidores. Después reflexiona si crees que son naturales en redes o que es un personaje que tienen para ganar popularidad.

## Anexo VI

### Ficha técnica de la película “Hombres, mujeres & niños”

Nombre de la película original	Men, women & children
Nombre de la película en castellano	Hombres, mujeres & niños
País	Estado Unidos
Año de realización	2014
Director/es	Jason Reitman
Género	Comedia dramática
Productor/es	Jason Reitman y Helen Estabrook
Distribuidora	Paramount Pictures Spain
Guion	Jason Reitman y Erin Cressida Wilson. Basada en la novela de Chad Kultgen
Fotografía	Eric Steelberg
Música	Bibio
Montaje /edición	Dana E. Glauberman
Vestuario	Leah Katznelson
Intérpretes	Jennifer Garner, Judy Greer, Rosemaria Dewitt, Adam Sandler, Emma Thompson, Ansel Elgort, Judy Greer, Kaitlyn Dever, Dennis Haysbert, J. K. Simmons
Duración	120 minutos
Sinopsis	Internet ha cambiado la forma que tenemos de comunicarnos entre nosotros. La amistad, los celos, el control, el sexo, todo. Hay quien ha nacido con él, quien ha sabido adaptarse, quién no lo entiende en absoluto, quien lo teme y quien sucumbe a su poder. Este grupo de historias explorará todos estos temas.

No recomendada para menores de 16 años.

### 1. Preguntas para el cinefórum

En la película se muestran distintos modos en los que los padres no llegan a entender internet y como sus hijos se relacionan con él. Piensa a la inversa ¿Cómo crees que era la vida antes de la llegada de internet? ¿Crees que podrías adaptarte a ella?

- También se habla de la adicción a internet, distintos personajes generan dependencia por distintos aspectos que llegan a influirles en su salud; pornografía, adicción a videojuegos, etc. ¿Conoces otras adicciones a internet distintas de las que se muestran en la película? ¿Conoces algún caso de alguien dependiente a la red? ¿Es consciente de ello? ¿Cómo crees que se podría ayudar a alguien en esta situación?



- También se muestra a una madre sobreprotectora y obsesionada con el control de su hija en internet, ¿De qué crees que intenta proteger a su hija? ¿Conoces a alguien que haya tenido una mala experiencia relacionada con internet?
- En otra escena, una madre tiene dudas sobre la legalidad de sus acciones en la web ¿Qué ilegalidades crees que se pueden cometer en la web? ¿Qué opinas de los hackers?
- En algún momento se ve como uno de los protagonistas es víctima de cyberbullying ¿Qué sabes al respecto de esto? ¿Cómo hay que actuar si lo sufrimos? ¿Y si vemos que alguien a nuestro alrededor lo sufre?
- Internet es una herramienta que nos permite conectarnos entre nosotros, pero ¿Sabías que existían foros en los que personas con trastornos alimentarios se dan consejos y apoyo para promover su enfermedad antes de ver la película? ¿Qué sensaciones te ha generado esta escena? ¿Conoces algún otro tipo de foro similar?
- ¿Crees que internet debería tener algún tipo de control? ¿Crees que lo tiene?
- ¿Crees que los menores deberían de tener algún tipo de supervisión usándolo? ¿Dónde está el límite?

## **2. Ejercicios o actividades para realizar en casa**

- Habla con tus familiares y pregúntales por cómo era la vida antes de internet. Cómo funcionaba y que aspectos positivos y negativos consideran que tiene.
- Sí que existe una parte de internet en la que no hay control gubernamental sobre él, la Deep Web. Busca información al respecto y reflexiona sobre los aspectos positivos y negativos de un lugar así.

## Anexo VII

### Ficha técnica de la película “Love Child”

Nombre original de la película	Love Child
Nombre de la película en España	Love Child (Una historia de adicción)
País	Corea del Sur, EEUU.
Año de realización	2014
Director/es	Valerie Veatch
Género	Documental
Productor/es	David Foom, Valerie Veatch, Dong Hyun Danny Kim, Minji Kim, Daniel Levin.
Distribuidora	HBO
Guion	Valerie Veatch
Fotografía	Daniel Levin
Música	Christian Buenaventura, Andrew Ellerd, Mark Kaim, Jason Krane, Margarita Sullivan, Kevin Veatch
Montaje /edición	Christopher Donlon, Valerie Veatch
Vestuario	
Intérpretes	Caitlin Menher, Alexis Rhee, Gabrielle Chan
Duración	75 minutos
Sinopsis	Este documental narra la historia de una pareja surcoreana que eran adictos a un juego on-line de internet. Estaban tan inmersos por su vida virtual que su bebe recién nacido murió de inanición por abandono.

Película no recomendada para menores de 16 años.

### 1. Preguntas para la reflexión

- ¿Qué es la adicción para ti? ¿A partir de qué momento se es un adicto?
- ¿Hasta qué punto consideras que puede abstraerte internet de la vida real? ¿Hasta el punto de no tener claras la frontera entre ambas?
- ¿Qué grado de responsabilidad crees que tiene el gobierno en el problema nacional de adicción a internet que sufre Corea del Sur?
- ¿Crees que España va a una dirección similar? ¿Qué te hace pensarlo?
- El documental, a parte del caso principal, cuenta la historia del joven que murió tras 50 horas seguidas jugando y la de la mujer que dio a luz en un cibercafé ¿Crees que eran conscientes de su situación antes de llegar a estos desenlaces?
- ¿Crees que internet nos hace personas más asociales e individualistas? ¿O por el contrario crees que nos hace personas más sociables al facilitar la comunicación entre individuos?

- ¿Qué es un avatar? ¿Crees que la gente cambia su comportamiento cuando posee una identidad anónima?
- ¿Qué te parece la idea de recrear en internet avatares de los fallecidos para que los allegados puedan sobrellevar mejor el duelo por su pérdida?

## **2. Ejercicios y actividades para casa**

- Busca más noticias e información sobre la adicción a videojuegos en España.
- ¿Juegas a videojuegos? Apunta cuantas horas juegas a la semana. Luego pregúntaselo a tus amigos que también lo hagan y compara los resultados. Debatid sobre si os parece adecuado el número de horas que dedica cada uno, y en si pueden tener algún tipo de repercusión en otros ámbitos de la vida.

## Anexo VIII

### Test de adicción a Internet de Kimberly Young<sup>40</sup>

Marque el casillero, para cada una de las 20 preguntas, que represente con mayor precisión lo que usted experimenta respecto al uso de Internet:

0 = Nunca	3 = Frecuentemente
1 = Raramente	4 = Muy a menudo
2 = Ocasionalmente	5 = Siempre

Preguntas	0	1	2	3	4	5
1. ¿Con qué frecuencia se encuentra con que lleva más tiempo navegando del que pretendía estar?						
2. ¿Desatiende las labores de su hogar por pasar más tiempo frente a la computadora navegando?						
3. ¿Prefiere excitarse con fotos o videos a través de Internet en lugar de buscar intimidad con su pareja?						
4. ¿Con qué frecuencia establece relaciones amistosas con gente que sólo conoce a través de Internet?						
5. ¿Con qué frecuencia personas de su entorno le recriminan que pasa demasiado tiempo conectado a Internet?						
6. ¿Su actividad académica (escuela, universidad) se ve perjudicada porque dedica demasiado tiempo a navegar?						
7. ¿Con que frecuencia chequea el correo electrónico antes de realizar otras tareas prioritarias?						
8. ¿Su productividad en el trabajo se ve perjudicada por el uso de Internet?						
9. ¿Se vuelve precavido o reservado cuando alguien le pregunta a qué dedica el tiempo que pasa navegando?						
10. ¿Se evade de sus problemas de la vida real pasando un rato conectado a Internet?						
11. ¿Se encuentra alguna vez pensando en lo que va a hacer la próxima vez que se conecte a Internet?						
12. ¿Teme que su vida sin Internet sea aburrida y vacía?						
13. ¿Se siente molesto cuando alguien lo/a interrumpe mientras esta navegando?						
14. ¿Con qué frecuencia pierde horas de sueño pasándolas conectado a Internet?						
15. ¿Se encuentra a menudo pensando en cosas relacionadas a Internet cuando no está conectado?						
16. ¿Le ha pasado alguna vez eso de decir "solo unos minutitos más" antes de apagar la computadora?						
17. ¿Ha intentado alguna vez pasar menos tiempo conectado a Internet y no lo ha logrado?						

18. ¿Trata de ocultar cuánto tiempo pasa realmente navegando?						
19. ¿Prefiere pasar más tiempo online que con sus amigos en la vida real?						
20. ¿Se siente ansioso, nervioso, deprimido o aburrido cuando no está conectado a Internet?						

### **El test de adicción a internet**

El Test de Adicción a Internet (IAT) es el primer instrumento validado para evaluar la adicción a Internet (Widyanto&McMurren, 2004). Diversos estudios han encontrado que el IAT es una medida confiable que cubre las características claves del uso patológico online. El test mide el alcance del involucramiento de un individuo con la computadora y clasifica el comportamiento adictivo en términos de deterioro o incapacidad leve, moderado o severo.

El IAT puede ser utilizado en contextos ambulatorios o residenciales, y también puede ser adaptado para satisfacer las necesidades del encuadre clínico. Además, más allá de la validación en inglés, el IAT ha sido también validado en Italia (Ferraro, Caci, D'Amico, & Di Blasi, 2007) y Francia (Khazaal et al., 2008), haciendo del mismo la primera medida psicométrica global.

### **Administración**

Luego de que todas las preguntas han sido completadas, sumar las respuestas obtenidas para cada una, obteniéndose así el resultado final. Mientras más alto sea el puntaje, mayor será el nivel de adicción:

- Rango Normal: 0–30 puntos
- Leve: 31–49 puntos
- Moderado: 50–79 puntos
- Severo: 80–100 puntos